

## VORANMELDUNG

für den theoretischen Lehrgang für Zahnärztliche Assistenz gemäß § 82 Zahnärztegesetz

### Daten der Teilnehmerin / des Teilnehmers:

Nachname:			
Vorname:			
Geburtsdatum:		SV Nummer:	
Adresse:			
Telefon:		E-Mail:	

### Daten der Ordination:

Arzt/Ärztin:			
Adresse:			
Telefon:		E-Mail:	

**Voranmeldungen** werden in der Reihenfolge ihres Eintreffens berücksichtigt und sind **ausschließlich über dieses vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular** möglich. Sie erhalten eine Rückmeldung für erfolgreiche Voranmeldungen; erst ab diesem Zeitpunkt ist die Voranmeldung gültig und verbindlich. Sollten Sie nicht binnen einer Woche eine Rückmeldung erhalten, nehmen Sie bitte mit uns Kontakt auf. Bedenken Sie bitte, dass die Plätze begrenzt sind und Sie durch diese Voranmeldung vorerst nur unverbindlich auf eine Warteliste gesetzt werden können. Vor der endgültigen Aufnahme in den Theorielehrgang wird ein zweistufiges Aufnahmeverfahren mit den KandidatInnen durchgeführt. Sollte dieses negativ ausfallen, ist eine Teilnahme am Lehrgang nicht möglich. Sollten KandidatInnen die gesetzlich notwendigen Voraussetzungen für den Kursbesuch (abgeschlossene Pflichtschule, erforderliche Vertrauenswürdigkeit, etc.) nicht erfüllen, ist eine Anmeldung zum Lehrgang nicht möglich.

Mit den folgenden Unterschriften wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der Voranmeldedaten bestätigt.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Erziehungsberechtigte/r  
(nur bei Minderjährigen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
TeilnehmerIn

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Zahnarzt/Zahnärztin